

Att sluta röka

Förslag till modell av en sammansatt process

Gunnar Hyllienmark

I arbetet mot tobaksrökningen har man lyckats få många rökare att sätta stopp för sin rökvana. Återfallen har dock blivit mycket vanliga och resultaten har därför upplevts som dåliga. Om man ser rökslutandet som en i tiden utdragen process som är sammansatt av olikartade delar kan resultaten betraktas på ett mera positivt sätt. Man kan då konstatera att man lyckats bra med de delar som leder fram till ett rökstopp men betydligt sämre med att hjälpa rökslutarna att behålla sin rökfrihet. I artikeln föreslås en modell för rökslutandet bestående av fyra på varandra följande delprocesser. För varje del anges en variabel som kan tänkas vara avgörande för just den delen. Modellen är tänkt som en utgångspunkt för utveckling av bättre behandlingsmetoder.

Gunnar Hyllienmark är psykolog vid Gävleborgs läns landstings rökavvänjningsklinik i Gävle.

Bakgrund

Erfarenheter från såväl spontant rökslutande som organiserad rökslutarhjälp visar att många sätter stopp för sitt rökande, men att återfallen därefter är vanliga (1, 2, 3, 4). I en undersökning (3) uppger 78 % av dagligrökarna att de vid något tillfälle hållit upp med rökningen under minst en vecka. Samma undersökning visar också att bland dem som någon gång varit dagligrökare hade 35 % slutat helt och ytterligare 18 % rökte endast tillfälligtvis. Trots de många återfallen blir alltså åtskilliga rökare på sikt rökfria.

Vid organiserat rökslutarstöd har en rad olika åtgärder visat sig ge resultat men ingen enskild me-

tod tycks vara överlägsen de övriga (2,5). Det tycks vara svårt att få mer än en tredjedel rökfria ett år efter behandlingens slut, om man räknar på en ogallrad klientgrupp. I en rapport konstaterar man:

Vår erfarenhet är att man under en begränsad tidsrymd av några månader kan påverka procenten rökfria genom en intensiv insats, men att resultaten längre fram vid 6 och 12 månader är betydligt svårare att förbättra. (4)

Det kan synas som om ett par decenniers erfarenheter inte har kunnat lära oss vilka behandlingar som är effektiva och på vilket sätt de fungerar. Jag tror dock att det finns åtskillig användbar kunskap, som är svår att sammanställa eftersom vi inte har någon sammanhängande modell att knyta de olika resultaten till.

Leventhal & Cleary (6) diskuterar ingående teori-bildningen kring tobaksrökningen. Deras analys visar att enkla modeller som utgår från nikotinreglering eller psykologiska behov endast kan förklara en del av vår empiriska kunskap. En sammansatt teori eller en kombination av olika teorier behövs därför.

Jag vill se rökslutandet som en långdragen och sammansatt process. Den bör lämpligen delas upp i flera delprocesser, så att man kan undersöka de olika delarna separat och inrikta behandling och effektmätning mot dessa enskilda delar.

En färsk undersökning av Prochaska et al (7) ger stöd för en sådan sammansatt modell. En grupp rökare och ex-rökare (N=866) fick svara på en rad frågeformulär om sin inställning till och sina upplevelser av sin rökning. Deras rökvana registrerades och de uppdelades i fem grupper. 1. Rökare utan avsikt att sluta. 2. Rökare med avsikt att sluta. 3. Personer som nyss slutat röka. 4. Personer som

.....

Det var alltså inte samma saker som fick en rökare att fundera på ett rökstopp som de som verkligen fick honom att sluta

.....

länge avhållit sig från att röka. 5. Personer som återfallit i rökning.

Hela gruppen följdes och man registrerade förändringar i rökvanorna efter sex månader. Därefter undersökte man vilka frågor i formulären som kunde förutsäga de rökvaneförändringar man fått fram. Det visade sig då att olika förändringar förutsades av olika faktorer i formulären. Det var alltså inte samma saker som fick en rökare att fundera på ett rökstopp som de som verkligen fick honom att sluta. Det var heller inte samma faktorer som låg bakom ett rökstopp och bakom bibehållandet av rökfrihet. Jag återkommer senare till enskildheter i denna undersökning.

Jag kommer här att förespråka en modell som delar upp processen "Sluta röka" i delprocesser, som enligt mina hypoteser styrs av olika variabler. Jag föreslår fyra variabler som väsentliga för var sin delprocess:

1. Motivation att bli rökfri
2. Fysiologiskt beroende (Nikotinberoende)
3. Behov av stöd från omgivningen
4. Psykologiskt beroende

Inför rökstoppet är det beslutet att sätta stopp som är det centrala och därför blir "Motivation att bli rökfri" det viktigaste.

De första rökfria dagarna får den fysiologiska omställningen en framträdande plats och "Fysiologiskt beroende" blir då huvudvariabeln.

Från några dagar efter rökstoppet och några veckor framåt kommer förändringen av vanemönstren i förgrunden och då blir "Stöd från omgivningen" av störst betydelse.

Från någon vecka efter rökstoppet och några månader framåt kommer de psykologiska anledningar till rökandet att få allt större betydelse i takt med att de andra besvären minskar. Därför blir då "Psykologiskt beroende" en allt viktigare variabel. i *Figur 1* har jag försökt illustrera hela förloppet.

Att försöka sluta röka och att vidmakthålla ett rökstopp

Att behålla rökfriheten efter ett rökstopp uppfattas ofta som enbart en förlängning av rökstoppet. Men det finns undersökningar som talar för att det handlar om två olika typer av beteenden. Jag skall analysera denna fråga som ett exempel på vikten att särskilja olika delprocesser på vägen till rökfrihet.

Då en rökare överväger att sluta så kan han bedöma rökningens goda och dåliga sidor från dagliga erfarenheter. Icke-rökandets egenskaper måste han däremot bedöma från minnen eller fantasiföreställningar. Om han har satt stopp för rökandet gäller dock det omvända. Icke-rökandets egenskaper möter han dagligen medan rökandet nu bedöms från minnesbilder. En annan skillnad är att ett rökstopp innebär en förändring medan fortsatt rökfrihet innebär att man avstår från en förändring. Detta bör innebära att rökstoppet styrs av andra drivkrafter än de som verkar för en bibehållen rökfrihet. Empiriska undersökningar stöder denna förmodan.

I två engelska undersökningar (8,9) utgick man från representativa stickprov ur befolkningen. De som under det gångna året varit regelbundna rökare fick svara på frågor om sin önskan att sluta, hur svårt det skulle vara att sluta, om rökningens positiva sidor, rädsla för skador och slutligen om de hade försökt sluta och hur de i så fall hade lyckats med det. Det visade sig att de som hade en stark önskan att sluta och som var rädda för skador i stor utsträckning hade försökt sluta. Men "Önskan att sluta" och "Rädsla för skador", så som de mättes av frågorna, visade inget samband med vidmakthållandet av stoppet. Det som skilde de rökfria från dem som återfallit var den upplevda svårigheten att hålla upp och uppfattningen att vara beroende (addiction).

I ett amerikanskt rökslutarprogram för hjärtsjuka (10) gjorde man en mängd mätningar på hela interventionsgruppen och följde dem därefter i två år.

.....

Då en rökare överväger att sluta så kan han bedöma rökningens goda och dåliga sidor från dagliga erfarenheter

.....

Men de som höll sig rökfria skilde sig från dem som återföll genom färre stressfaktorer i sitt liv

Då hade det bildats tre grupper: 1. De långvarigt rökfria. 2. De som satt stopp men återfallit. 3. De som aldrig slutat.

De två första grupperna var alltså de som satt stopp för rökandet. De skilde sig från de övriga genom flera tidigare rökstopp, en större förväntan att lyckas och mera stöd från omgivningen. Men de som höll sig rökfria skilde sig från dem som återföll genom färre stressfaktorer i sitt liv, en större "personlig säkerhet" och de hade vid tidigare rökstopp upplevt mindre svårigheter.

Dessa undersökningar liksom den redan nämnda av Prochaska et al stöder tanken att man bör uppfatta att sätta stopp för sin rökning och bibehållandet av en uppnådd rökfrihet som två olikartade beteenden. Man bör då även i rökslutarstödet använda olika åtgärder i dessa två situationer.

Motivation att bli rökfri

Motivationen att sluta röka brukar framställas som det viktigaste för rökslutandet. Om man tillämpar Ajzen & Fishbeins tankegångar om socialt beteende (11) på rökslutandet så kan man uppfatta "Motivation att sluta röka" som en handlingsintention styrd av föreställningar om rökandet och rökfriheten och de subjektiva normer som kan hänföras till denna intention. Föreställningar om rökningens hälsorisker och om ens egna och omgivningens positiva värderingar av rökfrihet skulle alltså leda till en stark intention att sätta stopp för rökandet. Men även om denna starka intention är viktig för att åstadkomma rökstopp så tycks den vara helt otillräcklig för att vidmakthålla rökfriheten, vilket de refererade undersökningarna illustrerar.

Rökavvänjningspolikliniken i Göteborg har redovisat hur några faktorer påverkar rökfriheten i deras material (4). De som deltog i flera gruppträffar var vid behandlingens slut rökfria i större utsträckning än de som varit med på få. Men de därpå

följande återfallen tycks bli lika vanliga oavsett antalet bevistade träffar. Samma resultat visar en amerikansk undersökning (12). Jag uppfattar delta-gandet i träffarna som ett uttryck för handlingsintentionen "Motivation att sluta röka" och då inverkar det framför allt på rökstoppen.

Prochaska et al (7) visar att den positiva och negativa värderingen av rökandet är viktiga faktorer vid beslut om rökstopp medan de har föga betydelse för vidmakthållande av rökfriheten. Då blir i stället upplevelsen att kunna bemästra sina svårigheter (self-efficacy) och möjligheterna till stöd viktigare.

Tobaksupplysningen i Sverige har inriktats på information om rökningens hälsorisker, positiva bilder av rökfrihet och uppmaningar att försöka sluta röka. Man har alltså försökt påverka rökarnas föreställningar om rökning och rökfrihet och normerna som knyts till dessa föreställningar. Och man har uppenbarligen åstadkommit en stark och utbredd motivation att sluta röka. Undersökningar visar att flertalet rökare försöker sluta och motiven tycks vara att rökningen fått en negativ värdering och rökfriheten en positiv (1,3).

De många återfallen visar dock att denna motivation inte är en tillräcklig förutsättning för att rökfriheten skall bli långvarig.

Fysiologiskt beroende

Det fysiologiska beroendet – nikotinberoendet – och dess behandling har undersökts av bla Fagerström vid rökavvänjningsmottagningen i Uppsala (13, 14, 15). Studierna visar att "Nikotinberoende" är en mätbar och meningsfull variabel. Starkt nikotinberoende leder till ett annorlunda rök-beteende än ett svagare och vid rökstopp blir organismens omställning kännbarare. Abstinensbesvären kan motverkas om nikotin tillförs genom tuggummi. Flera undersökningar (15, 16) har visat att nikotintuggummi jämfört med placebo ger en högre andel rökfria patienter. Behandlingen ökar andelen rökstopp och minskar återfallen under den första tiden efter rökstoppet. Andelen återfall vid senare tidpunkter blir däremot ungefär desamma i båda behandlingsgrupperna (Tabell 1). Nikotinbehandlingen medför alltså en verklig minskning av återfallen och inte endast ett uppskjutande av dem. Men de senare

återfallen sker tydligen av anledningar som nikotin-behandlingen ej kan påverka. En studie visar att minskningen av de tidiga återfallen främst sker bland rökare som har ett nikotinberoende mätt med Fagerströms frågeformulär (15).

Vid sidan om nikotinberoendet finns andra faktorer som lätt leder till återfall och då särskilt vid senare tidpunkter. Mot dessa återfall är nikotintuggummi till föga hjälp.

Tabell 1. Relationen mellan andelen rökfria i nikotin-gruppen och placebogruppen vid olika uppföljningstider. Data från Fagerström (14)

Undersökning	Uppföljningstid		
		3-5 veckor	12 mån
Fee & Stewart	rökfria Nic	= 1,36	1,50
	rökfria Plac		
Puska et al	rökfria Nic	= 1,30	1,25
	rökfria Plac		
Fagerström	rökfria Nic	= 1,43	1,28
	rökfria Plac		

Behov av stöd från omgivningen

''Behov av stöd från omgivningen'' är en vag variabel. Den skulle även kunna formuleras som en miljövariabel och då kallas ''Omgivning som gynnar rökfrihet''. Den berör individens anpassning till sin sociala omgivning. Empiriska uppgifter kan förtydliga den.

I den redan nämnda undersökningen av amerikanska hjärtpatienter (10) använde man bl a ett mått på stressmoment i personernas livssituation och ett mått på ''personlig säkerhet''. Den grupp som höll sig rökfri hade lägre värden på ''Stress'' och högre på ''Personlig säkerhet'' än de övriga. Skillnaderna var oberoende av motivationen att bli rökfri. Jag tolkar dessa data så, att svårighet att anpassa sig till omgivningens krav leder till högre återfallsrisker. Större ''Personlig säkerhet'' innebär större förmåga att möta kraven och lägre ''Stress'' lägre krav.

Undersökningen av Prochaska et al (7) visar att de som kan få hjälp från omgivningen bibehåller sin rökfrihet i större utsträckning än de övriga. Hjälp-

variabeln inverkar dock inte på förekomsten av rökstopp, vilket tyder på att det är i det senare skedet som den har sin effekt.

En undersökning som experimentellt försökt mäta effekten av en stödsats är en svensk multicenterstudie där man jämfört ''kort'' och ''lång'' uppföljning vid allmänmedicinskt baserad rökavvänjning (17, 18). Man fick då efter sex månader 27 % rökfria vid ''lång'' uppföljning mot 17 % vid den korta''. Denna effekt var oberoende av inverkan av nikotintuggummi som man samtidigt studerade. Analysen ger en antydning om att effekten av uppföljningen avtar med tiden.

En variabel som preliminärt kan kallas ''Behov av stöd från omgivningen'' eller ''Stödande omgivning'' tycks vara väsentlig för bebehållandet av en uppnådd rökfrihet. Den tycks också vara tämligen åtskild från både ''Motivation att bli rökfri'' och ''Nikotinberoende''. Genom sin koppling till omgivningen skulle denna variabel kunna påverkas både genom insatser som allmänt gynnar rökfrihet i våra miljöer och genom direkt stöd till rökslutaren.

Psykologiskt beroende

Även sedan nikotinberoendet övervunnits och det vanbundna rökandet ersatts av rökfria vanor inträffar många återfall. Det framgår av såväl kliniska erfarenheter som empiriska studier (3, 4, 19, 20). Somliga återfall sker i samband med krisartade händelser men somliga sker under till det yttre lugna förhållanden. Det tycks hos somliga rökslutare leva kvar djupt rotade föreställningar om att rökningen kan vara en omistlig hjälp då den inre balansen hotas eller då man behöver tröst i en tillvaro som känns alltför trist. Dessa drivkrafter att återgå till rökandet kallar jag ''Psykologiskt beroende''. Till skillnad från den föregående variabeln uppfattar jag denna som endast knuten till den enskilde individen. Den berör anpassningen inom honom.

För att bemästra det ''Psykologiska beroendet'' hjälper inte nikotintuggummi och ett gott stöd är inte nog. Rökaren behöver ändra sina föreställningar om rökningen och sina känslomässigt styrda värderingar.

Självomvärdering (self-reevaluation) framträder i undersökningen av Prochaska et al. (7) som en vik-

tig variabel för långvarig rökfrihet. Upplevd förmåga att bemästra svårigheter (self-efficacy) har i flera undersökningar visat sig betydelsfull för att undgå återfall (7, 21, 22, 23). Man har även kunnat visa att genom en behandling som höjer "self-efficacy" minskar man antalet återfall (23, 24). Tekniker att hantera situationer som väcker impulser att röka (coping) har visat sig användbara (23, 25).

Att vara öppen inför sina egna känslor och att bli förstodd av andra när man är arg, orolig eller nedstämd kan vara till särskilt stor hjälp då man försöker hantera besvärliga situationer med hög återfallsrisk. (7, min översättning).

Jag har tidigare framfört en mera speciell tolkning av det psykologiska beroendet i rökningen med anknytning till objektrelationsteorier inom klinisk psykologi (26).

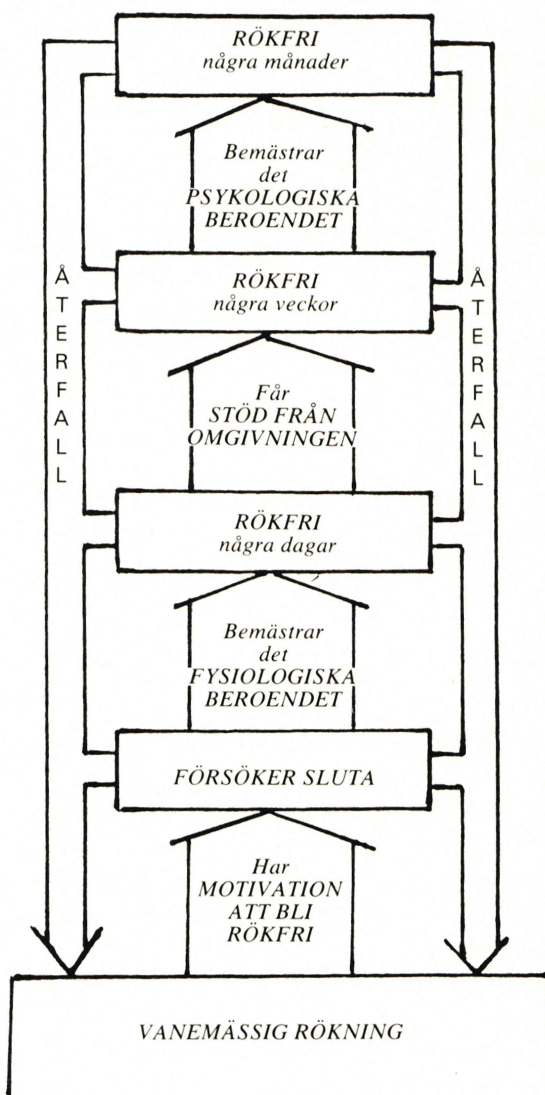
En modell för rökslutarprocessen

Jag har inriktat min redovisning på fyra variabler som var för sig tycks vara viktiga för rökslutandet. Den första – "Motivation att bli rökfri" – har stått i centrum för tobakspreventionen och har bearbetats med stor framgång. Den andra – "Nikotinberoende" – har uppmärksammats i flera svenska studier och genom nikotintuggummit har vi fått en behandlingsform som specifikt riktar sig mot den variabeln. De två övriga – "Behov av stöd från omgivningen" och "Psykologiskt beroende" – är här ganska vagt definierade. De refererade undersökningarna belyser deras innebörd och fortsatta studier skulle kunna ge en bättre precisering.

Variabellistan har likheter med den som redovisats från rökavvänjningspolikliniken i Göteborg som deras "grundläggande antaganden" (4). Även somliga punkter i rökavvänjningsprogrammet från Uppsala (15) passar in. Detta ger en förankring i den svenska behandlingstraditionen.

För att få fram en modell så återstår det att knyta samman de fyra variablerna till ett sammanhängande helt. Jag tänker mig då att de fyra variablerna är kopplade till var sin delprocess i rökslutandet. Jag föreställer mig att variablerna liksom delprocesserna är tämligen oberoende av varandra och att rökarnas förmåga att hantera de olika svårigheterna skiftar. Jag tänker mig vidare att det finns en viss

Figur 1. Schematisk framställning av processen "Sluta röka".



tidsförskjutning mellan de olika processerna så att de i stort sett uppträder efter varandra. Jag antar slutligen att en ex-rökare som har klarat ett moment men sedan misslyckas med det följande återvänder till utgångspunkten genom att hela rökbeteendet snabbt återupplivas. Dessa antaganden kan illustreras som ett flöde, där personen som ska sluta röka

måste genomgå den ena delprocessen efter den andra, och först då han i en följd har övervunnit alla dessa svårigheter har han slutat röka. (Figur 1).

Ett hypotetiskt räkneexempel kan göra tankegången tydligare. Vi utgår från 1000 rökare. En tredjedel av dessa har en stark motivation att sluta röka, en tredjedel en måttlig och en tredjedel endast en svag. Vi tänker oss att 80 % i den första gruppen försöker sluta, 50 % i den andra och 20 % i den tredje. Det skulle innebära att hälften av hela gruppen försöker sig på ett rökstopp.

Bland de 500 som försöker sätta stopp för rökan-det har en tredjedel ett svagt nikotinberoende, en tredjedel ett måttligt och en tredjedel ett starkt be- roende. I den första gruppen lyckas 80 % hålla sig rökfria ett dygn, i mellangruppen 50 % och i den sista 20 %. Då skulle efter ett dygn hälften av de 500 fortfarande vara rökfria, vilket ger 250.

Bland de 250 har en tredjedel ett gott stöd för sin rökfrihet, en tredjedel ett måttligt och resten endast ett svagt. De lyckas därigenom hålla sig rökfria i varierande grad: 80 %, 50 %, 20 %. Det innebär att vi efter en vecka har kvar 125 rökfria.

Dessa 125 personer har olika starkt psykologiskt beroende och med hänsyn till detta kommer de att i varierande grad hålla sig rökfria i tre månader. Vi antar att i genomsnitt hälften klarar detta, och då har vi efter tre månader kvar 62 personer som ännu är rökfria. Av de ursprungliga 1000 rökarna har alltså drygt 6 % slutat röka. Och av de 500 som satte stopp har 438 återfallit.

Om vi nu tänker oss att vi i detta exempel skulle kunna effektivisera stödsatserna under det tredje steget så att hälften av återfallen under denna tid skulle undvikas, så skulle det höja andelen slutgiltigt rökfria till drygt 9 %. En mycket effektiv insats skulle alltså endast ge ett svagt utslag. Detta visar att det är viktigt att mäta effekten av en behandling just där den hör hemma. Om man endast ser på totaleffekten är det risk att man kasserar även goda behandlingar.

Från den modell som jag skisserat kan man härleda två olika interventionsstrategier. Den ena syftar till att få största möjliga rökslutande i befolkningen. Då bör man lägga tyngdpunkten på de första

faserna i rökslutarprocessen, eftersom en effekt-höjning där kommer att beröra en större grupp röka-re än en insats i ett senare skede.

Den andra strategin gäller då man vill uppnå ett maximalt rökslutande inom en begränsad grupp, exempelvis hjärtinfarktpatienter eller gravida kvinnor. Då behöver man bygga upp en rökslutarhjälp som förbättrar resultaten under hela processen. Det skulle betyda ett sammansatt program där insatserna förändras allt eftersom rökslutarprocessen framskrider.

För att åstadkomma detta behöver de olika del-processerna avgränsas bättre och man måste pröva ut metoder som är effektiva i just det tänkta avseen-det. Det kräver i sin tur att vi lär oss mäta effekterna vid varje delprocess. Vi behöver också få ett bättre grepp om tidsföljden så att de olika behandlingsmo-menten kan sättas in vid rätt tid. Dessutom skulle programmen behöva individualiseras i större ut-sträckning.

Jag inbillar mig inte att den modell som jag skis-serat här är en särskilt god avbildning av verklighe-ten. Men jag hoppas att den kan vara användbar som en utgångspunkt för utvecklandet av effektiva-re rökslutarhjälp än vi i dag har.

REFERENSER

6. *Leventhal H & Cleary PD*: (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in beha-vioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88, 370–405
7. *Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Ginpil S & Norcross JC*: (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10, 395–406
10. *Ockene JK, Benfari RC, Nuttall RL, Hurwitz I & Ockene IS*: (1982). Relationship of psychosocial fac-tors to smoking behavior change in an intervention program. *Preventive Medicine*, 11, 13–28
15. *Fagerström KO*: (1984). Nikotintuggummi vid rökav-vänjning. I: Primärvårdens roll i tobaksfrågan. Rap-port från en konferens 15 september 1982. Stockholms läns landsting. (Länskommittén för hälsouppllysning i Stockholms län Skriftserie Nr 17)
23. *Conditte MM & Lichtenstein E*: (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648–58

En fullständig referenslista kan erhållas från författaren.